



Direzione Educazione
Area Servizi all'Infanzia

PROTOCOLLO SICUREZZA SERVIZI ALL'INFANZIA

MODULO 2

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

CF _____ residente a _____ (_____)

Via _____ Tel _____

Cell _____ e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____ NOME _____

CF _____ Data di Nascita _____

Recapito _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole che, se in regime di autosorveglianza, alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatico, al quinto giorno successivo all'ultimo contatto, va effettuato un test antigenico rapido o molecolare, anche in centri privati abilitati, o un test antigenico autosomministrato per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2. In caso di utilizzo del test antigenico autosomministrato l'esito negativo è attestato tramite autocertificazione (Modulo 1). In caso di utilizzo del test antigenico autosomministrato, l'esito positivo deve essere confermato da un tampone molecolare o antigenico effettuato presso centri autorizzati.
- ✓ Di essere consapevole che in attesa dell'esecuzione o dell'esito del tampone, il minore NON deve frequentare i servizi educativi e deve rimanere in isolamento.
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone.

DICHIARA ALTRESÌ

che a seguito di allontanamento del minore nella giornata odierna dalla comunità scolastica per uno dei seguenti sintomi:

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5$

si impegna a contattare il proprio pediatra di famiglia per segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore, attenendosi alle prescrizioni mediche.

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

